









Nota Técnica

COVID-19





Vigilância em Saúde / Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias

31/07/2020

Sumário

1.	Definições	3
	1.1. Síndrome Gripal (SG)	3
	1.2. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	3
	1.3. Casos confirmados de COVID-19	4
	1.3.1. Por critério clínico	4
	1.3.2. Por critério clínico-epidemiológico	4
	1.3.3. Por critério clínico-imagem	4
	1.3.4. Por critério laboratorial	5
	1.3.5. Por critério laboratorial em indivíduo assintomático	5
	1.4. Caso de SG ou SRAG não especificada	6
	1.5. Caso descartado de doença por COVID-19	6
	1.6. Contato próximo de caso confirmado	6
	1.7. Contato domiciliar de caso confirmado	7
	1.8. Transmissão comunitária	7
	1.9. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada	7
	1.10. Surto em ambiente hospitalar	7
2.	Grupos Prioritários para Testagem	8
3.	Testagem de Contatos Intradomiciliares de Casos Confirmados de COVID-19	10
4.	Testagem de Contatos Próximos Laborais de Casos Confirmados de COVID-19 4.1. Condições para testagem rápida de profissionais de saúde e de segurança púb em atividade	
	4.2. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública	12
5.	Segunda Coleta em Pacientes Confirmados para COVID-19	13
6.	Isolamento	13
	6.1. Critério para retorno ao trabalho (casos confirmados de COVID-19)	13
7.	Viajantes	14









8. Onde Notificar 8.1. Notificações no e-SUS VE	14 14
9. Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado	15
10. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados	15
11. Atestados Médicos	16
12. Óbitos por SRAG	16
 13. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no contexto da pandemia da COVID-19 13.1. Caso confirmado de COVID-19 13.2. Caso suspeito de COVID-19 13.3. Caso confirmado de COVID-19, mas não sendo esta a causa básica da morte 	16 16 17 17
14. Medidas Importantes	18
15. Boletim Epidemiológico COVID-19 de Mato Grosso do Sul	18









A Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, seguindo as novas recomendações do Ministério da Saúde, preconiza:

▶ 1. Definições

1.1. Síndrome Gripal (SG)

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Observações:

- Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
- Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

1.2. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Observações:

- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;
- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.









1.3. Casos confirmados de COVID-19

1.3.1. Por critério clínico

Caso de SG ou SRAG com confirmação clínica associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.

1.3.2. Por critério clínico-epidemiológico

Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19.

1.3.3. Por critério clínico-imagem

Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:

- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

Observação: segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.









1.3.4. Por critério laboratorial

Caso de SG ou SRAG com teste de:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:
 - Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay ELISA);
 - Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos;
 - Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA),
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

Observação: *Considerar o resultado IgG reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19.

1.3.5. Por critério laboratorial em indivíduo assintomático

Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:

 BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real EM LABORATÓRIOS PRIVADOS.

NÃO ESTÁ INDICADA A REALIZAÇÃO DE COLETA PARA RT PCR – BIOLOGIA MOLECULAR EM ASSINTOMÁTICOS PARA ENVIO AO LACEN

- IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM e/ou IgA e/ou IgG realizado pelos seguintes métodos:
 - Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay ELISA);
 - Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos.









1.4. Caso de SG ou SRAG não especificada

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.

1.5. Caso descartado de doença por COVID-19

Caso de SG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmada por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção, OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável.

Observações:

- Ressalta-se que um exame negativo para COVID-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para COVID-19.
- O registro de casos descartados de SG para COVID-19 deve ser feito no e-SUS notifica.

1.6. Contato próximo de caso confirmado

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos com caso confirmado):
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI.









NOTA: A realização de testagem de contatos laborais com casos confirmados de COVID-19 só será indicada para aqueles indivíduos que se enquadrem em algum dos itens acima e **apresentem Síndrome Gripal**, a fim de evitar transtornos administrativos e operacionais para realização da testagem, afastamentos laborais desnecessários, desperdícios com a utilização de testes sem critérios mínimos para sua aplicação, os quais poderiam ser empregados em situações apropriadas, bem como, impedir a geração de uma falsa sensação de segurança nos testados, os quais seriam submetidos a um procedimento sem qualquer indicação técnica.

1.7. Contato domiciliar de caso confirmado

Uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.

1.8. Transmissão comunitária

Define-se como TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA a ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico a um caso confirmado que pertença a uma cadeia de transmissão conhecida.

1.9. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada

Surto em comunidade fechada ou semifechada – ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou óbitos confirmados para COVID-19, observando-se as datas de início dos sintomas.(ALDEIAS, EMPRESAS, ORGANIZAÇÕES, PRESÍDIOS, INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA OU CONVIVÊNCIA, ETC).

1.10. Surto em ambiente hospitalar

Ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou casos e óbitos confirmados para COVID-19 vinculados epidemiologicamente, em uma determinada unidade (enfermaria, UTI), observando- se as datas de início dos sintomas, e que tenham ocorrido no mínimo 72 horas após a admissão. (Fonte: TEXTO ADAPTADO DO GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).









Está indicado isolamento imediato de contatos próximos de caso confirmado de COVID-19.

- Monitoramento diário do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares (modelo de planilha de monitoramento em anexo).
- Recolhimento de assinatura de termo de responsabilidade para Isolamento Domiciliar (em anexo) e entrega de material "Orientações a pessoas em isolamento pelo COVID-19". (em anexo).
- Contatos próximos e ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19, apresentando SG (até 7 dias de início de sintomas): realizar coleta de SWAB para envio ao LACEN.
- Contatos assintomáticos próximos e/ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19 em situação de surto nos locais acima citados, após cumprir isolamento de 7 dias, realizar Teste Rápido (a partir do 8º dia de exposição ao caso confirmado).

2. Grupos Prioritários para Testagem

- Profissionais de saúde em atividade;
- Profissionais de segurança pública em atividade;
- Pessoa com diagnóstico de Síndrome gripal que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou Segurança em atividade;
- Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos;
- Portadores de condições de saúde crônicas: cardiopatias graves ou descompensadas (insuficiência cardíaca, infartos, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC), imunodepressão por qualquer causa; doença renal crônica em estágio avançado (grau 3, 4 e 5); diabetes mellitus, conforme juízo clínico, gestação de alto risco.
- Grupos de interesse para saúde pública: crianças menores de 2 anos, indígenas, gestantes e puérperas.
- Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- População privada de liberdade;
- Contatos de casos confirmados de COVID-19;
- Casos que após triagem via disque-covid sejam orientados a comparecer ao DRIVE-THRU Covid (em CAMPO GRANDE, DOURADOS, TRÊS LAGOAS E CORUMBÁ) para realização de coleta de amostra.
- E demais casos de SG suspeitos de COVID-19, submetidos a testagem rápida ou outras metodologias por serviços públicos ou privados.









PRIORIZAÇÃO DE COLETAS: Recomendamos que priorizem coletas de GESTANTES e PUÉRPERAS – contatos de casos confirmados.

Estes, Síndrome Gripal que forem submetidos a coleta de amostra para realização de diagnóstico laboratorial por meio de RT PCR (até 7 dias do início de sintomas) OU teste rápido (a partir do 8º dia do início dos sintomas).

Está indicado isolamento imediato de contatos próximos de caso confirmado de COVID-19.

- Monitoramento diário do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares (modelo de planilha de monitoramento em anexo).
- Recolhimento de assinatura de termo de responsabilidade para Isolamento Domiciliar (em anexo) e entrega de material "Orientações a pessoas em isolamento pelo COVID-19". (em anexo).
- Contatos próximos e ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19, apresentando SG (até 7 dias de início de sintomas): realizar coleta de SWAB para envio ao LACEN.



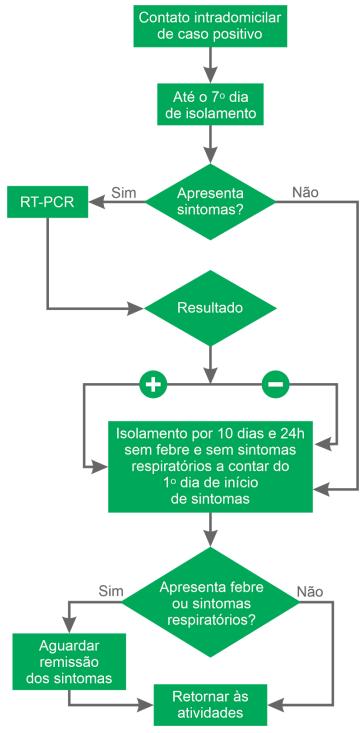






➤ 3. Testagem de Contatos Intradomiciliares de Casos Confirmados de COVID-19

Está indicada testagem de contatos intradomiciliares de casos confirmados de COVID-19, seguindo o fluxo abaixo:



Independente dos grupos citados na página 6.



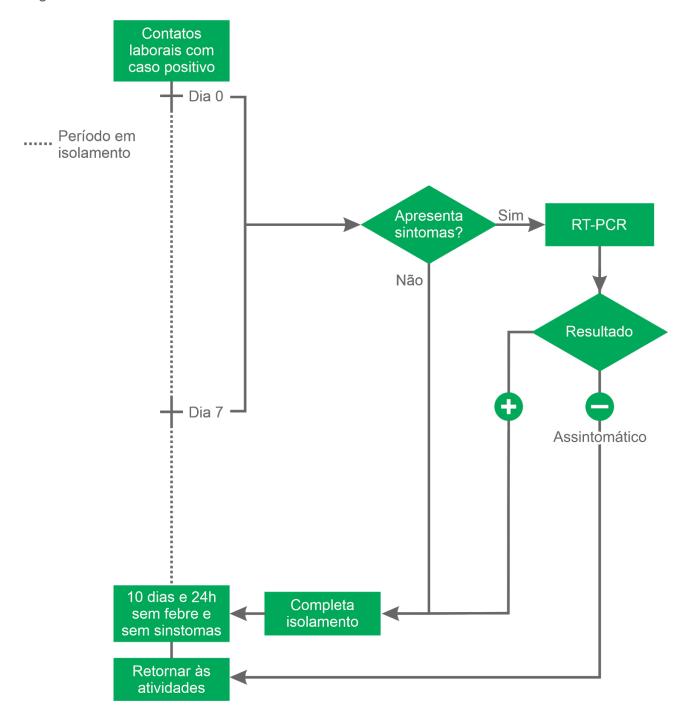






▶ 4. Testagem de Contatos Próximos Laborais de Casos Confirmados de COVID-19

Está indicada testagem de contatos laborais de casos confirmados de COVID-19, seguindo o fluxo abaixo:



Independente dos grupos citados na página 6.









4.1. Condições para testagem rápida de profissionais de saúde e de segurança pública em atividade

- Profissionais de saúde e segurança pública: mínimo 7 dias completos desde o início dos sintomas de Síndrome Gripal;
- Pessoa com diagnóstico de Síndrome Gripal que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou segurança em atividade: mínimo 7 dias completos desde o início dos sintomas de Síndrome Gripal.

4.2. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública

Caso o resultado do teste seja negativo, os profissionais de saúde e segurança ficam aptos a retornar imediatamente ao trabalho, **se estiverem assintomáticos**. Um resultado positivo determina afastamento de 10 dias, após o início dos sintomas. A mesma recomendação vale para o teste da pessoa com síndrome gripal que reside no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou segurança. Se o teste for positivo, o profissional contato deverá realizar 10 dias de isolamento domiciliar. Se for negativo e assintomático, poderá retornar ao trabalho.

Sobre os Fluxos de Testagem de Contatos Intradomiciliares e Laborais de Casos Confirmados de COVID-19

Em caso de impossibilidade de afastamento dos contatos próximos laborais de casos confirmados nos serviços de saúde e segurança pública, a fim de evitar a interrupção de serviços essenciais, isola-se apenas o caso confirmado e seus contatos sintomáticos.

Os demais funcionários assintomáticos, passarão a ser monitorados pela sua chefia imediata, pelo período de 7 dias e apresentando sintomas dentro deste período, também deverão ser afastados.

Em ambos os casos o uso de máscara, álcool gel e demais recomendações do Ministério da Saúde devem ser intensificados em seu ambiente laboral e domiciliar.









► 5. Segunda Coleta em Pacientes Confirmados para COVID-19

Para casos graves, críticos ou imunossuprimidos, está recomendado isolamento pelo período de 20 dias a partir do início dos sintomas E últimas 24 horas sem febre e melhora dos sintomas. Base para a recomendação é a não recuperação de vírus viável após esse período, apesar de PCR poder ficar positivo por várias semanas. Improvável re-infecção em menos de 3 meses. Não utilizar RT-PCR para alta de isolamento. Sorologia não deve ser utilizada isoladamente para diagnóstico, critério de cura ou período de contagiosidade.

► 6. Isolamento

Para contenção da transmissibilidade do COVID-19, deverá ser adotada como medida não farmacológica, o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período:

- Sintomáticos: 10 dias a contar da data de início de sintomas, estando a 24h sem febre e sem sintomas respiratórios;
- Assintomáticos: 10 dias do resultado do RT-PCR e 7 dias para sorologia IgM ou IgA positivos;
- Assintomáticos: sorologia IgG positivo sem isolamento obrigatório.
- Contatos domiciliares de casos confirmados, mesmo que negativos, manter isolamento domiciliar pelo mesmo período do caso confirmado.

6.1. Critério para retorno ao trabalho (casos confirmados de COVID-19)

- Ter cumprido o período de isolamento conforme recomendação do item 6;
- Estar sem febre e sem sintomas respiratórios (a anosmia pode permanecer por tempo indeterminado);
- Profissionais de saúde e segurança pública: vide item 4.2.









▶ 7. Viajantes

Pessoas provenientes de locais de transmissão comunitária, devem permanecer em isolamento domiciliar por 7 dias, pelo risco de desenvolvimento de sintomas, assim como transmissão do vírus a demais pessoas da família e comunidade.

Apresentando sintomas durante monitoramento de 7 dias: realizar coleta de Swab para RT-PCR para envio ao LACEN e notificar o caso no E-SUS VE.

Destacamos neste grupo os profissionais caminhoneiros.

▶ 8. Onde Notificar

- Nas Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal: Casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da Influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe).
- Nos hospitais: casos de SRAG hospitalizados devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe).
- Óbitos por SRAG independente de internação: devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe).
- Testes Rápidos e outras metodologias em serviços privados: notificar no e-SUS VE.

8.1. Notificações no e-SUS VE

Conforme orientação constante na NOTA TÉCNICA Nº 20/2020 SAPS/GAB/SAPS/MS, 17/04/2020, o Ministério da Saúde reforça a importância da realização da NOTIFICAÇÃO IMEDIATA dos casos de Síndrome Gripal (SG) leve no e-SUS VE, link (https://nofica.saude.gov.br).

- Casos de Síndrome Gripal NÃO SÃO DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA via CIEVS.
 Apenas deverão ser inseridos no sistema e-SUS VE.
- Os municípios deverão informar à SES via e-mail (<u>gtinfluenzams@outlook.com</u> e <u>cgaf@saude.ms.gov.br</u>) semanalmente, às terças-feiras até as 16hs, com envio de









Planilha de Controle de Uso dos Testes Rápidos para detecção de anticorpos SARS-CoV-2 Ministério da Saúde, todos os casos testados – positivos e negativos.

9. Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado

 Notificação imediata de todo caso de SRAG hospitalizado e óbito por SRAG, devendo ser realizada por meio dos telefones: 3318-1831 – Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias (durante horário de expediente da SES) ou PLANTÃO 24HS CIEVS: 98477-3435 (ligação e WhatsApp). (FLUXO JÁ ESTABELECIDO PARA VIGILÂNCIA DA INFLUENZA).

O envio das notificações dos casos de SRAG ao CIEVS não garante a publicação dos dados no Boletim epidemiológico, já que os dados destes, serão retirados dos sistemas de informações oficiais - SIVEP GRIPE e E-SUS VE.

- Registro de SRAG e SG de UNIDADES SENTINELAS (Campo Grande, Corumbá, Dourados, Três Lagoas, Ponta Porã, Naviraí, Paranaíba, São Gabriel do Oeste, Caarapó, Costa Rica, Sidrolândia, Jardim e Sonora) deverão ser inseridos no SISTEMA SIVEP GRIPE, demais municípios deverão encaminhar as fichas devidamente preenchidas a área técnica da SES ou plantão do CIEVS: gtinfluenzams@outlook.com ou cievs.ms@hotmail.com ou 67 98477-3435.
- Para o LACEN, encaminhar: FICHA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADOS (anexo) OU Ficha do E-SUS VE (anexo) e GAL (Gerenciamento de Ambiente Laboratorial) juntamente da amostra.

▶ 10. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados

- Fica sob responsabilidade das farmácias e laboratórios particulares, a notificação no E-SUS VE apenas pacientes testados com testes registrados pela ANVISA, conforme resolução específica publicada em diário oficial - Resolução N°36/SES/MS de 25/05/2020.
- A responsabilidade de encerramento e acompanhamento destes casos no sistema E-SUS VE é dos responsáveis pelas Vigilâncias Epidemiológicas Municipais, estes, cadastrados no sistema como Gestores Municipais.









▶ 11. Atestados Médicos

Para emissão dos atestados médicos é dever da pessoa sintomática informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela omissão de fato ou prestação de informações falsas. Para as pessoas assintomáticas que residam no mesmo endereço que a pessoa sintomáticas, será possível emissão de novo atestado de isolamento caso a pessoa em isolamento venha a manifestar sintomas respiratórios.

CID: B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada)

► 12. Óbitos por SRAG

- Todo óbito por SRAG, independente do tempo de início de sintomas, deverá ter amostra de swab encaminhada ao LACEN para testagem de Influenza, SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios (cadastro GAL).
- Realizar teste rápido de Coronavírus em todos os óbitos por SRAG, porém considerar para encerramento do caso: história clínica, tempo de sintomatologia e oportunidade da realização do teste, assim como resultado do RT-PCR.

► 13. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no contexto da pandemia da COVID-19

13.1. Caso confirmado de COVID-19

Preenchimento da D.O cujo resultado laboratorial para COVID-19 tenha sido confirmado e este tenha sido a causa direta (Causa Básica) da morte:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a COVID-19 na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.









13.2. Caso suspeito de COVID-19

Preenchimento da D.O de caso suspeito, ainda em investigação para COVID-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando "Suspeito de COVID-19" na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

*Os casos suspeitos serão confirmados ou descartados como COVID-19 pela SES após conclusão da investigação e resultados laboratoriais.

13.3. Caso confirmado de COVID-19, mas não sendo esta a causa básica da morte

Preenchimento da D.O por outras causas, mas que o paciente tinha diagnóstico confirmado de COVID-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Causa Básica de morte na última linha informada;
- Na Parte II informar a COVID-19 e outras comorbidades, caso existam.

Nota:

- Na Parte I, apenas um diagnóstico por linha;
- Na parte II, podem ser informados vários diagnósticos por linha;
- O campo "CID" do atestado é de preenchimento exclusivo da Secretaria de Saúde, pelo codificador de mortalidade;
- As recomendações referentes ao preenchimento da D.O em casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 podem sofrer alterações caso haja novas orientações pelo Ministério da Saúde e/ou OMS.

Orientações para preenchimento da D.O em anexo.

Tendo em vista as orientações oficiais do Ministério da Saúde, esta Secretaria de Estado de Saúde solicita a colaboração de todas as Secretarias Municipais de Saúde no sentido de inserir com a maior brevidade possível as ocorrências de óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), devendo a mesma ser digitada no prazo máximo de 7 (sete) dias a contar da data de sua ocorrência.









► 14. Medidas Importantes

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou com um desinfetante para as mãos à base de álcool 70% e evitar tocar os olhos, o nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Praticar etiqueta respiratória (ou seja, cobrir a boca e o nariz com o antebraço ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis, desprezando-os imediatamente após o uso em uma lixeira fechada e higienizar as mãos em seguida);
- Recomenda-se o uso de máscaras a toda população. É importante lavar as mãos com água e sabão ou álcool em gel a 70% antes de colocar a máscara facial. Além disso, deve-se substituir a máscara por uma nova limpa e seca, assim que ela se tornar úmida.
- Considera-se pessoa com sintomas respiratórios, a apresentação de tosse seca, dor de garganta, ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre.
- As pessoas devem observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando transporte de utilização coletiva, viagens e eventos esportivos, artísticos, culturais, científicos, comerciais e religiosos e outros com concentração próxima de pessoas.

► 15. Boletim Epidemiológico COVID-19 de Mato Grosso do Sul

Após novas recomendações do Ministério da Saúde, os dados contabilizados no **Boletim Epidemiológico de COVID-19 de Mato Grosso do Sul**, divulgados diariamente no site da SES, terão como fonte os sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde - **SIVEP Gripe** e **e-SUS VE**;

Encerramento oportuno dos casos

Assim que tiverem conhecimento dos resultados, garante a publicação de dados epidemiológicos fidedignos e atualizados dos municípios no boletim estadual.

PARA INFORMAÇÕES SOBRE OS MICRODADOS - PAINEL INTERATIVO









http://mais.saude.ms.gov.br/

QUEM DEVE NOTIFICAR

A notificação é **OBRIGATÓRIA** para profissionais de saúde de instituições do setor público ou privado, em todo o território nacional.

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA: Todos os casos devem ser registrados por serviços públicos e privados, por meio do preenchimento da ficha de SRAG HOSPITALIZADO – SIVEP GRIPE, dentro das primeiras 24 horas a partir da suspeita clínica.

PLANTÃO CIEVS 24HS - 98477-3435

cievs.ms@hotmail.com

Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul Avenida do Poeta, Bloco 7 - CEP: 79.031-902 - Campo Grande/MS (67) 3318-1770 - coems2020@gmail.com











SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ISOLAMENTO

(Contatos, casos suspeitos e/ou confirmados de Covid -19)

Eu,		(nome	do	paciente o	ı respor	ısável	legal),	RG	nº
. .	, CPF nº_		,	resident	e e	do	micilia	do	na
	E	Bairro			CEP				_ ,
na cidade de _				_, Estado		_, de	claro	que	fui
devidamente	informado(a)	pelo		profissio	nal	de	9	sa	úde
					(n	ome (do pro	fissio	nal,
profissão e nº do C	Conselho de classe).								
DECLARO o	que fui informado ace	erca do is	olam	ento domic	iliar de	acord	o com	a LEI	Nο
13.979, DE 6 DE F	EVEREIRO DE 2020, n	ecessário	dian	te da suspe	ita ou co	onfirm	nação d	ON ob	OVO
CORONAVIRUS (C	OVID-2019), tendo c	iência de	seu	s benefício	s e risc	os, as	ssim c	omo	das
consequências e co	omplicações decorren	ntes de sua	a não	realização.	Me cor	npron	neto a	segui	r as
orientações que m	ie foram mencionadas	s, e assum	o tod	das as conse	quência	s e res	sponsa	bilida	des
da não realização,	inclusive as penalida	ades legais	s pre	vistas no Co	digo Pe	nal Br	asileir	o em	seu
artigo 267 para tai	s atos.								
O isolamento tem	data de início em			_, término p	revisto	para _			, no
seguinte local de c	umprimento da medio	da:				(en	dereço)).	
Assinatura do Cier	ntificado :								
Data:									
Hora:									









Νº





SIVEP Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO- 27/07/2020

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais es intomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos estados estaou gustativos).

	a efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG ependente de hospitalização.
mac	Data do preenchimento da ficha de notificação: Data de 1ºs sintomas
1	
3	UF: 4 Município: Código (IBGE):
5	Unidade de Saúde: Código (CNES):
3	Officiate de Saude.
	6 CPF do cidadão:
Dados do Paciente	7 Nome: 8 Sexo: 1-Masc. 2-Fem.9-Ign
cje	9 Data de nascimento: 10 (Ou) Idade: 11 Gestante: _ 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º
Pa	Trimestre
ob :	12 Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 13 Se indígena gual etnia? 6-Não se aplica 9-Ignorado
op	
Da	14 Escolaridade: 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º cido (1º a 5º série) 2- Fundamental 2º cido (6º a 9º série) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado
	15 Ocupação: 16 Nome da mãe:
-	17 CEP: -
.e	
Dados de residência	18 UF: 19 Município: Código (IBGE): _ _ _
sid	20 Bairro: 21 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): 22 №:
e re	
s d	23 Complemento (apto, casa, etc): 24 (DDD) Telefone:
obe	
õ	25 Zona: 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado 26 País: (se residente fora do Brasil)
i i	27 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? _ 1-Sim 2-Não 9-Ign
	28 Se sim: Qual país?
	30 Data da viagem: 31 Data do retorno:
	32 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	33 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? 1-Sim 2-Não 9-ignorado
	34 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? 1-Sim 2-Não
SC	3- Outro, qual 9-ignorado
gicc	35 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado Febre Tosse Dor de Garganta Dispneia
oló	_ Desconforto Respiratório _ Saturação O ₂ <95% _ Diarreia _ Vômito _ Dor abdominal _ Fadiga
Clínicos e Epidemiológicos	Perda do olfato Perda do paladar Outros
pjc	36 Possui fatores de risco/comorbidades? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (MarcarX) Puérpera (até 45 dias do parto) Doença Cardiovascular Crônica Doença Hematológica Crônica
e El	
00	Diabetes mellitus Doença Neurológica Crônica Outra Pneumopatia Crônica
inic	Imunodeficiência/Imunodepressão Doença Renal Crônica Obesidade, IMC
	Outros
Dados	37 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? 38 Data da vacinação:
Da	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data:
	a mãe amamenta a criança? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se SIM, data:
	Se >= 6 meses e <= 8 anos:
	Data da dose única 1/1: (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)
	Data da 1º dose: (1º dose unica para crianças vacinadas em campamas de anos antenores)
	Data da 2ª dose: (2ª dose para crianças va cinadas pela primeira vez











	39	Usou antiviral para gripe? 40 Qual anti		.—.	Itamivir	41	Data início do tratamento					
	42	E Editorium 5 Ga		Name of the second second		4.4						
	42	Houve internação? 43 Data da in	iterna	çao por SKA	J	44	UF de internação:					
0	45	1-Sim 2-Não 9-Ignorado Município de internação:	_ _		Código (IDCE).	<u>- </u>					
ente	45 46	Unidade de Saúde de internação:			Código							
Dados de Atendimento	47		ntra	da na UTI:	Courgo	49	Data da saída da UTI:					
pua	4/	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	ı	ualla UII.		43	Data da Salda da OTI.					
Ate	50	54 B : V L	Tóra	ıv· I I			52 Data do Raio X:					
de	50	1-Normal 2		ado intersticial	3-Consolidaç	ão	JZ Data do Naio X.					
Sop		1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 4-Misto 5 3-Não 9-Ignorado 6-Não coali										
Dac	53	O-Naorealiz		9-Ignor	300							
		3- Atípico COVID-19 4-Negativo para Pneumonia	temmi	ado COVID-13	5	4	Data da tomografia:					
		5-Outro 6-Não realizado		norado								
	55	Coletou amostra 56 Data da coleta:	57				creção de Naso-orofaringe					
		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		2-Lavado Bros 4-Outra, qual		3-Tecido	5-LCR 9-Ignorado					
	58				210	ocanie	sa de antígenos virais:					
	50	№ Requisição do GAL:	59				2-Teste rápido antigênico					
8	60	Data do resultado da pesquisa de antígenos:			nico: 1-positivo 2-Negativo							
	60	I I		-	Aguardando resultado 9-Ignorado							
8	62	Laboratório que realizou o Teste antigênico:					Código (CNES):					
	02	Laboratorio que realizou o reste antigenico.										
8	63	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo	para	Influenza?	1 1-Sim	2-Não 9-	-lenorado					
	77						E-market control					
		Se sim, qual influenza? 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado										
		Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) SARS-CoV-2 Vírus Sincicial Respiratório Parainfluenza 1 Parainfluenza 2 Parainfluenza 3 Adenovírus Outro vírus respiratório, especifique:										
8	64	Resultado da RT- PCR/outro método por					outro método por Biologia					
	Biologia Molecular: _ 65 Molecular:											
iais	1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não											
tor	realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado											
Dados Laboratoriais	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:											
Lab	Positivo para Influenza? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? 1-Influenza A 2-Influenza B											
0.5	Influenza A, qual subtipo? 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado											
Dad	4-Influenza A não subtipável 5-Incondusivo 6-Outro, especifique:											
_	Influenza B, qual linhagem? 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Incondusivo 5-Outro, especifique:											
		itivo para outros vírus? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	1116 11616									
		SARS-CoV-2 Vírus Sincicial Respiratório Parainfluenza 1										
	0.0000000000000000000000000000000000000	Adenovírus _ Metapneumovírus _ Bocavírus _ Rinovír	2,50			specifiqu						
	67	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método	oor B	iologia Mol	ecular:		Código (CNES):					
50			And when the same	no Albei	0.5							
	68	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: _ 2-Outra, qual?	1-5 9-Ignor	sangue/plasma	/soro	69	Data da coleta:					
3	70	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: _ 1-Teste r	-			a 71	Data do resultado:					
	70	4- Outro, qual?	apido .	Z-Elisa 3-Quim	iluminescenci	a /1	Data do resultado.					
		Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2:										
		1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguard	a result	tado 9 Ignorado		8						
		Classificação final do caso:		73			ncerramento:					
ão	72	1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual)		1-Labor 3-Clínic		2- Clínico Epidemiológico 4- Clínico-Imagem					
clus		4-SRAG não especificado 5-SRAG por COVID-19										
Conclusão	74	Evolução do Caso: 1-Cura 75 Data da al	ta ou	76	Data d	o Ence	rramento:					
0		2-Óbito 3-Óbito por outras Causas óbito:				_	====					
	77	Número D.O: -	1									
78	OBS	ERVAÇÕES:					-					
79		fissional de Saúde Responsável:			80 R	egistro	Conselho/Matrícula:					
13	110	institutue sadae nesponsaven			30 1							























Planilha de Monitoramento de Casos Supeitos e/ou Confirmados de Covid-19 em isolamento domiciliar

GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul

		/ 2020
Municipio:	Responsavel:	Data:/

	OBSERVAÇÕES																
8- Data e hora da	visita ou contato								39								
ontato	N ₆																
6 - Resultado	TESTE RÁPIDO																
9	RT PCR			- 10	0									53 - 5	2 0	- /4	8
5- Testado	Não		- 9		(5 S					es.		- 1				- 63	(4
-5-	c Sim	L			_											_	
to	Vis.Domi			150	S 1							20					
4 - Tipo Contato	Whatsapp Vis.Domic				SO. 1						8 0						
4	Ligação																
2-Isolamento 3-Sintomas	Não L																
3 -Sint	Sim																
amento	Não																
2-Iso	Sim			0		- 2			93	8		8 1 2				. S.	2
	Exposto																
1 -Status	Suspeito Confirmado Exposto																
	Suspeito C																
	NOME																

Campos 1,2,3,4,5 - preencher com X

Campo 6 - Usar + (positvo) ou - (negativo) ou NR (não realizado). Campo 7 - usar número (se a visita ou contato for a 1º usar 1; se for a 2º usar 2 e assim sucessivamente;

Usar uma Planilha por dia O Pigilo Epidemiológico, que é um preceito legal -artigo 154 Código Penal e como tal deve ser rigorosamente preservado;















Governo do Estado de Mato Grosso do Sul Secretaria de Estado de Saúde Diretoria Geral de Vigilância em Saúde





ORIENTACOES A PESSOAS EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR COVID-19

O Coronavírus causa uma doença chamada COVID-19. Como nunca tivemos contato com o vírus antes, não temos imunidade e **todos estamos expostos a contrair**. Por isso saiba, a doença se transmite por :



Se na sua casa tem alguém contaminado, a pessoa precisa ficar em isolamento domiciliar, para se proteger , proteger as demais pessoas da família e a comunidade onde reside.

Cuidados no isolamentodomiciliar



Não basta só ficar em casa: para combater o coronavírus no isolamento, é preciso seguir algumas orientações:

Não receber visitas e limitar o numero de pessoas com acesso	O cômodo com o paciente isolado deve ficar todo o tempo com				
ao paciente em isolamento; Use máscara o tempo todo e	a porta fechada. Mas é necessário manter a janela aberta para				
mantenha a distância mínima de 2 metros do paciente isolado;	que haja uma fonte de ventilação e entrada de luz solar.				
Nos casos de salas compartilhadas ou casas com apenas um	A pessoa infectada ou com suspeita de infecção deve				
cômodo, pessoas infectadas e pessoas sem a doença não	de trocar a própria roupa de cama, colocar em saco plástico				
podem compartilhar o mesmo sofá ou colchão. A	antes de levar à máquina de lavar ou ao tanque. Manter uma				
recomendação é manter 2 metros de distância da pessoa	lixeira ao lado da cama, com saco plástico. Evitar agitar a roupa				
infectada ou suspeita",	suja.				
Se o banheiro é compartilhado, o paciente infectado ou com	Separe toalhas de banho, garfos, facas, colheres, copos e outros				
suspeita precisa desinfetar todas as superfícies usadas por ele:	objetos apenas para uso do paciente em isolamento;				
vaso sanitário, interruptores, maçaneta, descarga, pia,	O lixo produzido precisa ser separado e descartado;				
torneiras,etc;					
Para limpar a casa, a pessoa precisa estar com máscara, luva,	Não compartilhar objetos e itens de uso pessoalcomo pasta de				
óculos e avental; todas as superfícies de contatos constantes	dente, sabonete, toalhas de banho e de rosto, etc; Também é				
devem ser limpas: pia, maçanetas, mesas, interruptores,	necessário tirar a escova de dente da pessoa infectada ou com				
assentos de sofá, cadeiras e vaso sanitário, torneiras, etc; usar	suspeita do mesmo recipiente das demais.				
sabão, álcool 70% e desinfetantes são eficientes para a	Não se recomenda uso partilhado de tereré ou chimarrão.				
limpeza;					
Lave as mãos frequentemente com água e sabão por pelo	A alimentação deverá ser deixada na porta do quarto e se				
menos 20 segundos. Isso é especialmente importante depois	possível em material descartável. Senão, lavar separadamente				
de assoar o nariz, tossir ou espirrar, idas ao banheiro e antes de	dos demais utensílios da casa;				
comer ou preparar a comida;	O lixo proveniente do quarto do paciente em isolamento deve				
	ser muito bem fechado antes do descarte;				
Monitore seus sintomas – preocupe-se se apresentar febre e	Não deve haver contato direto com secreções orais,				
dificuldade respiratória – Nessa situação, o paciente ou outro	respiratórias (catarro, coriza, etc), urina, fezes e resíduos. Usar				
membro da família em isolamento deverá procurar o serviço	luvas descartáveis sempre que houver possibilidade de entrar				
de saúde imediatamente;	em contato com esses fluidos; higiene das mãos antes e depois				
	de retirar as luvas e a máscara;				
Durante este período de isolamento, descanse e mantenha-se	O descumprimento das medidas de isolamento e quarentena				
hidratado (tomando água);	previstas em Lei (Código Penal Brasileiro – art. 267, 268, 131 e				
Atenda o telefone, responda as mensagens por Whatss ou	132) acarretará a responsabilização do paciente nos termos				
receba o profissional de saúde quando for procurado – Ele	previstos.				
quer proteger você, sua família e a comunidade.					











06/07/2020



Νº	
	e-SUS Vigilância Epidemiológica

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 - COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes

	1	o de Notificação:	Serve e sintenias g	, astronic stinais	(diarreia) podem estar presentes.							
	Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	É profissional (Marcar X) Sim		É profissional de segurança (Marcar X) Sim Não							
	CBO:		CPF: _	_ _ _ _	_ _ _ _							
	CNS: _ _ _ _ _ _											
	Nome Completo:											
ÃO	Nome Completo da Mãe:											
ĄČ	Data de nascimento:	_	País de origem	1:								
IDENTIFICAÇÃO	Sexo: (Marcar X) Masculino Fer	Raça/COR: (Ma minino Branca Parda	Passaporte:									
	CEP:	_		,								
	Estado de residência:	Município de Res	sidência:									
	Logradouro:	·— ·		Número:	Bairro:							
	Complemento:											
	Telefone Celular: _	_ _ _ _	Telefor	ne de contato:	_ _							
	Data da Notificação:	l <u></u> l										
	Sintomas: (Marcar X) Febre Dor de Garg _ Tosse Dispneia _		Data do início dos sintomas:									
OLÓGICOS		crônicas descompensadas is em estágio avançado (grad romossômicas ou estado de		Imu	betes Gestante nossupressão enças cardíacas crônicas							
DOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Estado do Teste: (Marcar X) Solicitado Coletado Concluído Exame Não Solicitado	Data da Coleta do Teste:		o – anticorpo o – antígeno noensaio-ELISA io por	POSITIVO							
DADOS	Classificação final: (Marcar X) Descartado Confirmado Clínico-Epiden Confirmado Laboratorial Síndrome Gripal Não Espec		Evolução do caso: (Marcar X) Clínico Imagem Por Critério Clínico Cancelado Internado Óbito Em tratamento domiciliar Cura Internado em UTI									
	Data de encerramento:											
		Informações compl	ementares e obs	servações								

e-SUS Notifica 06/07/2020



Casos hospitalizados confirmados COVID-19







NOME COMPLETO











PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO) no contexto da pandemia da COVID-19

CASO CONFIRMADO DE COVID-19

Preenchimento da D.O. cujo resultado laboratorial para Covid-19 tenha sido confirmado e este tenha sido a causa direta (Causa Básica) da morte:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma seguência lógica de acontecimentos, declarando a Covid-19 na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

remplo:	
PARTE I	n
	. Resptratórta Aguda 👆
b) Pheum	iontd 🕇
c) Covtd	-19
d)	
PARTE II	Obestadade
	HAS

CASO SUSPEITO DE COVID-19

Preenchimento da D.O. de caso suspeito, ainda em investigação para Covid-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando "Suspeito de Covid-19" na última linha informada:
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

*Os casos suspeitos serão confirmados ou descartados como Covid-19 pela SES após conclusão da investigação e resultados laboratoriais.

	Resperator	, igour	
Pheum	onta	5	
DOOC	exacerbada	→	
Suspe	exacerbada ito de Covid	1-19 -	
	DM tipo a		- 1/1/15

CASO CONFIRMADO DE COVID-19.

Porém não sendo esta a causa básica da morte

Preenchimento da D.O. por outras causas, mas que o paciente tinha diagnóstico confirmado de Covid-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Causa Básica de morte na última linha informada;
- A Parte II informar a Covid-19 e outras comorbidades, caso existam.

PARTE I		
a) Choqu	e Htpovolêmtco tsma dorta toráctca ro	1
b) Aneur	tsma dorta toráctica ro	to
D)		
c)		
c)		
	Cov+(1-19	
d)	Covtd-19 HAS, Tabagtsmo	

NOTA:

· Na Parte I, apenas um diagnóstico por linha;

Na Parte II, podem ser informados vários diegnósticos por linha;
 O campo 'CID' do atestado é de preenchimento exclusivo da Secretaria de Saúde, pelo codificador de mortalidade.

As recomendações referentes ao preenchimento do D.O. em casos suspeitos ou confirmados por Covid-19 podem sofrer alterações caso haja novas orientações pelo Ministério da Saúde e/ou OMS.

Referências:

- Brast, Ministério da Saúcle. Nota Técnica. Orientação para o preenchimento da Declaração de Óbito no contesto da VOCID-19 - World Health Organization, COVID-19 coding in ICD - CEVITAL/SESAU Campo Grande











Saiba mais sobre o combate à pandemia em

www.coronavirus.ms.gov.br

